

## DEMANDE D'EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE

Ces informations sont destinées au médecin conseil de l'assurance de base du patient

### PATIENT

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

N° de téléphone :

Adresse e-mail :

ASSURANCE DE BASE :

N° de carte d'assurance maladie :

### RESPONSABLE LÉGAL (NOM COMPLET)

Parent 1 :

ET / OU

Parent 2 :

Ou curateur :

Adresse du responsable légal :

N° de téléphone :

Adresse e-mail :

### COORDONNÉES DU MÉDECIN ENVOYEUR (NOM – PRÉNOM – ADRESSE – NP VILLE – N° RCC) :

**SITUATION ACTUELLE DU PATIENT SUR LE PLAN SOCIO-PROFESSIONNEL :**

**PLAINTES DU PATIENT/OBSERVATIONS DU MÉDECIN :**

**HISTOIRE MÉDICALE ET DÉVELOPPEMENTALE (ÉLÉMENTS PRINCIPAUX PERTINENTS POUR LA DEMANDE) :**

**BILANS/EXAMENS ANTÉRIEURS** (documents à joindre à la demande SVP !):

- Neuropsychologie
- Neurologie, radiologie cérébrale (IRM, scanner)
- Psychologie
- Logopédie
- Ergothérapie / psychomotricité
- Ophtalmologie / orthoptie
- ORL

**MOTIF DE L'INVESTIGATION :**

- Suspicion d'un trouble neurodéveloppemental
  - Trouble de l'attention et/ou hyperactivité (TDA/H)
  - Trouble du spectre autistique
  - Déficience intellectuelle
- Evaluation du fonctionnement cognitif global (QI)
- Suspicion de troubles cognitifs liés à un trouble psychiatrique (dépression, anxiété, trouble de la personnalité, trouble psychotique... etc.)
- Suspicion de troubles cognitifs liés à un trouble acquis (TCC, tumeurs, épilepsie...etc.)

**DATE :**

**SIGNATURE ET TIMBRE DU MÉDECIN ENVOYEUR :**